

ZDROWIE I OPIEKA ZDROWOTNA W ODBIORZE SPOŁECZNYM (W ŚWIETLE BADAŃ OPINII PUBLICZNEJ W POLSCE W LATACH 2009–2014)

TERESA SASIŃSKA-KLAS

Uniwersytet Jagielloński

Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej

ABSTRACT

Social reception of health and medical care (in the light of polls carried out in Poland during the years 2009–2014)

The main goal of the analysis is to present the current stage of the social consciousness and knowledge of the Polish society in the last five years on the selected topics connected with the health issues, like: 1) perception of the health of individual and pro-health behaviors, 2) psychical mood, knowledge about the psychical illness and psychical condition as a health category, 3) participation of citizens in the health services and health insurance, 4) opinions about the functioning of the health system on the country level, 5) opinions about the functioning of the health system on the regional level, 6) opinions and evaluation of the health system financed by the state and private sector.

Key words: Health, health system, health policy, public opinion polls, social perception

Wprowadzenie

Podejmując rozważania na temat procesu komunikowania realizującego się w różnych wymiarach życia społecznego obywateli, dostrzegamy, że nie przebiega on wszędzie w podobny sposób. Proces komunikowania się w sferze publicznej wy-

✉ Adres do korespondencji: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej, ul. Prof. St. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków

rażnie ujawnia daleko idącą swoistość i specyfikę w porównaniu np. z procesem komunikowania interpersonalnego czy intrapersonalnego. Jednak również w obrębie szeroko definiowanej sfery publicznej zwraca uwagę odmiennność przebiegu i charakteru procesu komunikowania realizującego się w różnych sektorach życia społecznego, które odciskają na nim swoje piętno. Jednym z takich sektorów jest szeroko definiowane zdrowie i opieka zdrowotna. Ten obszar życia społecznego ulega w ostatnich kilkudziesięciu latach radykalnej zmianie ze względu na sposób i formę przeobrażeń o charakterze modernizacyjnym zachodzących w jego obrębie. Wymaga w związku z tym także zmian w zakresie sposobów komunikowania o tym, co dzieje się w dziedzinie zdrowia, i adaptacji form komunikacji dotyczących przeobrażającego się systemu opieki zdrowotnej, aby okazywały się zrozumiałe dla przeciętnych obywateli. Czy ten proces zmiany – w jego wymiarze komunikacyjnym – przebiega aktualnie w naszym kraju w sposób satysfakcjonujący jego uczestników, tj. lekarzy, specjalistów związanych z tym sektorem, potencjalnych pacjentów oraz sterników w zakresie polityki dotyczącej zdrowia oraz opieki zdrowotnej, czy też tak się nie dzieje? Jakie są źródła informacji o dokonujących się zmianach w tym obszarze oraz reakcjach społecznych zachodzących na nie? Dlaczego wydaje się to tak istotne i społecznie potrzebne?

Czy możliwe jest zrozumienie tych zjawisk i procesów, a dokładniej, tworzących je ludzi i rezultatów ich działań, dokonujących się w różnych momentach czasu i miejscach? Pytanie sprawia wrażenie oczywistego i banalnego w swej istocie. Występuje powszechnie w refleksji potocznej, ale też stanowi wyzwanie dla badaczy reprezentujących szeroko rozumiane nauki społeczne z naukami o komunikowaniu włącznie. Łatwo zauważalny poziom zróżnicowania odpowiedzi ujawnia problematyczność „materii”, której owo pytanie dotyczy.

Współczesny nam świat społeczny i jego wymiary bywają odmiennie postrzegane nie tylko przez współtworzące go jednostki, z różnym rozumieniem specyfiki współczesności spotykamy się w obrębie różnych dyscyplin naukowych zajmujących się jej badaniem. Dla socjologów, politologów, badaczy komunikowania naturalna jest skłonność do koncentracji uwagi na tych przemianach, które zachodzą w czasie doświadczanym przez badaczy. Czyli analizuje się, jak dany proces zachodzi w określonym wymiarze czasowym, aktualnie, tu i teraz, w konkretnym społeczeństwie, które interesuje nas w sensie badawczym i analitycznym. Zatem zadajemy sobie pytanie, co obywatele wiedzą i myślą na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w ich kraju, jaki jest ich stosunek do faktów i wydarzeń, mechanizmów i procesów, które dotyczą szeroko rozumianego zdrowia postrzeganego zarówno w wymiarze osobistym, jak i instytucjonalnym. Chodzi tu o to, co określa się jako *podejście rozumiejące* w badaniach zjawisk społecznych, które jest jednak wewnątrznie zróżnicowane, jeśli analizować – przykładowo – stanowiska zajęte w tej kwestii przez takich badaczy, jak Wilhelm Dilthey, Florian Znaniecki, Max Weber czy Stanisław Ossowski i in.¹

¹ Por. E. Mokrzycki 1971; por. także: Krasnodębski 1986.

Należy tu nadmienić, że *rozumienie* w naukach społecznych jest procedurą zasadniczo odmienną od przyrodniczego *wyjaśniania*. *Rozumienie* – tak jak pojmuje się je na gruncie nauk społecznych – opiera się na doświadczeniu wewnętrznym, wynioskowanym, odwołującym się do sprawozdań z wrażeń, jakie towarzyszą poszczególnym podmiotom w trakcie ich doświadczania rzeczywistości „przeżywanej”, dającej się uchwycić tylko w introspekcyjnym opisie niepoddającym się łatwo publicznej kontroli, i w dużym stopniu zależy od sytuacji i kontekstów, w których obrębie zachodzi².

Aby zrozumieć, dlaczego obywatele myślą o różnych kwestiach w taki, a nie inny sposób, analizujemy ich zachowania i działania grupowe, jak też indywidualne. Istotne staje się odtworzenie struktury motywacyjnej dotyczącej konkretnych zagadnień myślenia, a następnie działania w określony sposób. Nazywając to inaczej – ważna jest rekonstrukcja określonego stanu świadomości grupowej lub indywidualnej, obowiązującej w danym okresie i na danym terenie, a objaśniającej wiedzę o warunkach działania, a także normy i zasady postępowania, które są społecznie akceptowane³.

Rozpoznanie zakresu posiadanej wiedzy, systemu wartości jednostek, ich cech osobowościowych i stanu emocjonalnego w myśleniu i działaniu nie jest zadaniem prostym ani w sensie badawczym, ani interpretacyjnym. Często sięga się tu do introspekcji. Przyjmuje się, że jest to metoda kontrowersyjna, zarówno co do skuteczności, jak i wartości poznawczej, choć – co podkreśla B. Krauz-Mozer – równocześnie nie brak głosów w obronie jej przydatności⁴. Jednakże – przestrzega autorka – „problem ten nie jest jasny i równie często w naukach społecznych można spotkać się z apelem o rezygnację z wszelkich danych introspekcyjnych, tak jak gdyby etyka naukowa wymagała takiego wykluczenia, z drugiej zaś strony przytaczane są argumenty na rzecz niezbywalnej obecności introspekcji w badaniach nad zachowaniem”⁵. Jak zatem badać empirycznie stan wiedzy i świadomości społecznej dotyczącej społecznie ważnych kwestii nurtujących obywateli i wywołujących różne reakcje społeczne?

Najczęściej w okresie ostatnich kilkunastu lat sięga się do badań opinii publicznej posiadających – co należy wyraźnie zaznaczyć – zauważalne ograniczenia poznawcze, dostarczają one bowiem wiedzy powierzchownej i raczej sygnalizują niż dogłębnie rozpoznają interesujące i wymagające pogłębionego naukowego oglądu problemy. Jednakże badania tego rodzaju są najszybszym sposobem wstępnego rozpoznania problemu oraz sygnalizują kwestie, które w dalszej kolejności wymagają podjęcia badań o poszerzonym oraz bardziej pogłębionym charakterze. Badania opinii publicznej, które w naukach społecznych w ostatnich

² Sears, Huddy, Jervis 2008, s. 105. Zob. także: B. Krauz-Mozer, *Zrozumieć świat? Ale jak?*, udostępniony maszynopis, s. 3.

³ Krauz-Mozer, s. 4.

⁴ Por.: Ossowski 1967a, s. 15 i nast.; Ossowski 1967b, s. 264 i nast.; Nowak 1965, s. 204 i nast.; Kłoska 1979.

⁵ Krauz-Mozer, s. 4. Zob. także: Woodworth 1958, s. 12.

kilkunastu latach są najczęściej realizowanym rodzajem badań empirycznych, posiadają tę przewagę nad badaniami prowadzonymi tradycyjnymi metodami, że można je (korzystając z pomocy profesjonalnego zespołu badaczy związanych z instytucjami organizującymi tego typu badania) zrealizować w bardzo krótkim czasie, nawet w ciągu jednego dnia, i w szerokiej przestrzeni geograficznej (np. w skali kraju czy regionu), co w przypadku badań realizowanych w sposób tradycyjny, prowadzonych przez indywidualnych badaczy nie jest wykonalne w tak krótkim okresie i wymaga znacznych nakładów finansowych.

Można także zastosować inne podejście badawcze, to znaczy sięgnąć do wyników badań empirycznych już zrealizowanych przez innych badaczy i podjąć się przeprowadzenia tzw. wtórnej analizy wyników dotychczasowych badań. Polega to na tym, że można przy zastosowaniu takiego podejścia metodologicznego zadawać nowe pytania badawcze zebranego – we wcześniejszych badaniach – materiału empirycznego, aby uchwycić nowe, dotychczas jeszcze nieustalone naukowo zależności. To podejście wydaje się wysoce inspirujące i obserwacja praktyki badawczej pokazuje, że w ostatnich latach zaczyna być ono przez badaczy stosowane w naukach społecznych w naszym kraju na coraz szerszą skalę. Znajdzie też zastosowanie w niniejszej analizie.

Badania opinii publicznej – ich praktyczna użyteczność

Powyższe uwagi wprowadzają do tematu głównego, czyli o czym informują nas wyniki badań opinii publicznej, zrealizowane w wybranych do analizy latach 2009–2014, dotyczących wiedzy i opinii dorosłych Polaków na temat zdrowia i systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w naszym kraju. Badania owe sygnalizują, że ta sfera wiedzy i świadomości społecznej obywateli zasługuje na wnikliwą uwagę i pogłębioną analizę, przekłada się bowiem w sposób bezpośredni na kondycję psychiczną i zachowania obywateli zarówno w jednostkowym wymiarze ich życia, jak i w wymiarze ogólnospołecznym.

Badania opinii publicznej informują o istotnych treściach myślenia obywateli naszego kraju o zdrowiu postrzeganym przez nich w wymiarze indywidualnym i instytucjonalnym. To ważne sygnały społeczne płynące od obywateli, które nie powinny być przez nich samych ignorowane, pozwalają im bowiem zorientować się, jakie są ich indywidualne nastawienia dotyczące zdrowia i systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w naszym kraju, czy myślą podobnie na ten temat, czy też sytuacja wygląda inaczej, a opinie różnych grup i kręgów społecznych w przedmiotowej sprawie się rozchodzą. To także ważny, by nie stwierdzić, że szczególnie ważny sygnał dla decydentów politycznych i ustawodawcy informujący o tym, czego oczekują obywatele w tym sektorze życia społecznego, jakim przeprowadzonym bądź przygotowywanym regulacjom prawnym udzielają poparcia, a które kontestują, a zatem delegitymizują je w swoim myśleniu i działaniu. Czy tak się dzieje, że zarówno decydenci polityczni, jak i ustawodawca

w procesie konstytuowania nowych założeń polityki zdrowotnej wsluchują się w głos opinii publicznej, czy lekceważą te ważne sygnały społeczne?

Spróbujemy udzielić odpowiedzi na tak postawione pytanie, a jednocześnie wskazać, jaka wiedza o ważnych sygnałach opinii publicznej płynie z badań opinii publicznej realizowanych przez instytucje prowadzące tego rodzaju badania. Sięgnąć należy do wyników badań prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w Warszawie, do których dostęp jest szeroko otwarty, a więc specjaliści, analitycy, eksperci zajmujący się problematyką zdrowia w naszym kraju mogą te wyniki wykorzystywać w różny sposób na potrzeby prowadzonych przez siebie studiów i analiz. Poza CBOS także inne instytucje badań opinii publicznej prowadzą w naszym kraju badania dotyczące różnych aspektów zdrowia i systemu opieki zdrowotnej, niemniej dostęp do ich wyników mogą ograniczać zarówno warunki umowy z klientami zamawiającymi badania, jak i koszty opracowań wyników badań i raportów końcowych, które w wielu przypadkach są dość wysokie i uniemożliwiają zdobycie informacji o ustaleniach dokonanych w zrealizowanych na wyżej wymienionych zasadach badaniach.

Badania opinii publicznej na temat zdrowia i opieki zdrowotnej zrealizowane przez CBOS w latach 2009–2014 – przegląd profili badawczych

W okresie ostatnich kilku lat CBOS zrealizował zwracającą uwagę – w pozytywnym znaczeniu – znaczną liczbę badań oraz opublikował łącznie 41 raportów badawczych dotyczących bezpośrednio problematyki zdrowia i funkcjonowania w odbiorze społecznym systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju (zob. wykaz wybranych i wykorzystanych do analizy raportów załączony w bibliografii). Ponadto, w szerszym kontekście, o problematyce zdrowotnej pisano także w innych raportach badawczych, dotyczących takich kwestii społecznych, jak: postrzeganie starości, stosunek do przemocy, spożycie alkoholu, zachowania proekologiczne Polaków, zakupy żywności itp. Tematyka badań opinii publicznej zrealizowanych przez CBOS w ostatnich sześciu latach skupiła się wokół takich wątków tematycznych, jak:

1. postrzeganie własnego zdrowia przez obywateli oraz zachowania prozdrowotne, a także różne formy aktywności indywidualnej mające na celu polepszenie stanu zdrowia;
2. samopoczucie psychiczne, wiedza o chorobach psychicznych, ich leczenie – szerzej: kondycja psychiczna jako kategoria zdrowotna;
3. udział obywateli w świadczeniach zdrowotnych oraz ubezpieczenia zdrowotne;
4. opinie dorosłych Polaków dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze krajowym – kwestie dotyczące zadowolenia/niezado-

wolenia z funkcjonowania systemu, jego ocena wskazująca na mocne i słabe strony, propozycje zmian;

5. opinie dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze regionalnym;
6. opinie i ocena systemu opieki zdrowotnej finansowanego przez państwo oraz opieki świadczonej przez podmioty prywatne⁶.

Jak zatem można wstępnie wnioskować, rozległość podjętej przez CBOS tematyki badawczej dotyczącej zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest imponująca.

Co zatem sygnalizowały badania opinii publicznej pogrupowane wokół tych sześciu wątków tematycznych? Poniżej przedstawione zostaną wybrane, zasługujące na szczególną uwagę, rezultaty badawcze.

Postrzeganie własnego zdrowia, zachowania prozdrowotne obywateli

Uwaga w prowadzonych przez CBOS badaniach skupiła się głównie na kwestii stanu zdrowia obywateli naszego kraju. W badaniach dotyczących poznania opinii dorosłych Polaków o ich trosce o sylwetkę i własne ciało⁷ na pytanie: „Ogólnie rzecz biorąc, jak Pan/i sądzi, dlaczego ludzie dbają o własną sylwetkę, własny wygląd zewnętrzny?” w lipcu 2009 roku 72% dorosłych Polaków wskazywało, że czują się dzięki temu lepiej, mają lepsze samopoczucie, a 45% podkreślało, że jest to sposób na zdrowy tryb życia. Najczęściej (31% odpowiedzi) badani wymieniali stosowanie rozmaitych środków służących odnowie biologicznej, jak korzystanie z sauny, łaźni czy jacuzzi jako sposób dbania o własną sylwetkę⁸. 22% korzystało z masażu bądź hydromasażu, 15% z zajęć fitness i aerobiku. Tylko 5% badanych wskazało w roku 2009, że korzystali z programów odchudzania, a 2% deklaroowało, że skorzystali oni z zabiegów chirurgii plastycznej⁹, co oznacza, że coraz bardziej popularne i cieszące się aprobatą badanych są różne, stosunkowo nowe sposoby dbałości o własne ciało, natomiast zabiegi chirurgiczne w tym zakresie oraz programy kształtujące sylwetkę – podejmowane są stosunkowo rzadko.

Jeśli brać pod uwagę kryterium płci, częściej kobiety niż mężczyźni korzystają z zajęć fitness (25% i 4%), masażu (25% i 19%), a także programów odchudzania (8% i 2%). Mężczyźni natomiast, częściej niż kobiety, korzystają z zajęć na siłowni (36% i 23%) oraz częściej, choć i tak w niewielkim stopniu, stosują programy wspomagające rozwój tkanki mięśniowej (5% i 1%), a także częściej korzystają z sauny, łaźni bądź jacuzzi (33% i 29%). Istotną rolę w korzystaniu z tych sposobów dbałości o własne ciało odgrywa kryterium wieku. Ludzie mło-

⁶ Piszą na ten temat bardziej szczegółowo Natalia Hipsz oraz Rafał Bogusławski – autorzy raportu „Zdrowie w wymiarze osobistym i instytucjonalnym. Samooceny, zachowania, opinie” (2012).

⁷ Raport BS/130/2009, „Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało”, s. 3 i nast.

⁸ Tamże, s. 3.

⁹ Tamże, s. 4.

dzi w przedziale wieku od 18 do 24 lat stanowią najaktywniejszą grupę osób (56% spośród ogółu badanych) podejmujących tego rodzaju aktywność¹⁰. Następną aktywną kategorię w tym zakresie tworzą osoby w przedziale wiekowym 25–34 lata (47%).

Im wyższe przedziały wieku, tym słabiej zaznacza się wśród dorosłych Polaków tendencja do dbałości o własną sylwetkę. Badani byli zapytywani o to, czy kiedykolwiek korzystali z diety w celu zmniejszenia masy ciała. Ich odpowiedzi wskazują, że ponad 2/3 badanych (65%) nigdy takiego działania nie podjęło. 1/5 badanych, którzy deklarują, że podejmowali próby odchudzania, sygnalizowała, że robiła to więcej niż jeden raz. Tylko 3% badanych dorosłych Polaków przyznaje się do tego, że niemal nieustannie stosują jakąś dietę.

Ponad połowa dorosłych Polaków (54%) nie uprawia żadnych sportów ani ćwiczeń fizycznych; częściej kobiety (57%) niż mężczyźni (52%). 20% deklaruje, że ćwiczą rzadko. Regularnie sport uprawia 13% badanych¹¹. W roku 2013 tendencja ta uległa odwróceniu. Po upływie pięciu lat od poprzednich badań aż 2/3 badanych deklaruje, że uprawia sport bądź różnego rodzaju ćwiczenia fizyczne, z czego 40% czyni to regularnie. Według deklaracji badanych uprawiają oni sport dla zdrowia (70%) i dla przyjemności (61%). Najczęściej jeżdżą na rowerze (51%) lub pływają (28%), a co piąty (18%) uprawia bieganie, jogging. 16% badanych aktualnie deklaruje, że chodzą po górskich szlakach turystycznych¹². Nordic walking w 2013 roku uprawiało niewiele, bo tylko 5% dorosłych Polaków.

Zatem można stwierdzić, że w dziedzinie dbałości o własne zdrowie i ciało wysiłki podejmują głównie ludzie młodzi, którzy korzystają z różnych form aktywności służących poprawie ich kondycji fizycznej oraz odnowie biologicznej. W okresie ostatnich pięciu lat uległa zauważalnemu zwiększeniu liczba osób uprawiających jakiś sport bądź ćwiczenia fizyczne. Najczęściej – jak deklarują badani – ćwiczą dla zdrowia i przyjemności, a co druga spośród osób uprawiających sport robi to w celu poprawy samopoczucia, uzyskania lepszej formy oraz odreagowania stresu¹³. Zatem należy stwierdzić, że w zauważalny sposób zmieniają się – i podążają w społecznie pożądanym kierunku – nastawienia dorosłych obywateli do problemu poprawy formy fizycznej.

Jeśli chodzi o zachowania oraz nawyki żywieniowe dorosłych obywateli w naszym kraju, to należy zauważyć, że ponad 2/3 badanych (69%) jest zdania, że odżywiają się zdrowo¹⁴. Taki stan samooceny ma charakter trwały i utrzymuje się, począwszy od pierwszych badań na ten temat przeprowadzonych przez CBOS w 1998 roku. Wówczas to 72% badanych deklarowało, że – według ich własnej oceny – odżywiają się zdrowo. Tak pozytywne oceny przeważały wśród osób powyżej 55. roku życia. Co jednak zmienia się w ciągu ostatnich lat? Co piąty ba-

¹⁰ Tamże, s. 5.

¹¹ Tamże, s. 8.

¹² Raport BS/129/2013, „Aktywność fizyczna Polaków”, s. 2.

¹³ Tamże, s. 9.

¹⁴ Raport BS/150/2010, „Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków”, s. 2.

dany deklaruje, że nie zjada codziennego śniadania, co czwarty natomiast wskazuje na to, że brak mu czasu na zjedzenie trzech posiłków dziennie¹⁵. Są to najczęściej ludzie młodzi: uczniowie i studenci (40%), a także pracownicy sektora usług i bezrobotni. Wyraźnie zauważalna jest tendencja do spożywania mniej niż trzech posiłków dziennie. Występuje ona najczęściej w kategorii osób prowadzących działalność na własny rachunek (43%), mieszkańców dużych miast (34%), robotników wykwalifikowanych (32%) oraz osób bezrobotnych (31%), a także osób w przedziale wieku 25–34 lata (33%), aktywnych na rynku pracy. Badani deklarują, że stosunkowo często spożywają główny posiłek na krótko przed snem (20% deklaruje, że robi to kilka razy w tygodniu, 24% – kilka razy w miesiącu). 5% badanych zjada kilka razy dziennie owoce, 34% raz dziennie sięga po owoce i tendencja ta jest stała w okresie ostatnich dwunastu lat¹⁶. Najczęściej główne posiłki – w świetle deklaracji badanych – zawierają mięso lub przetwory mięsne. 57% deklaruje, że – w ich odczuciu – zjada tyle mięsa i wędlin, ile trzeba. Ponad połowa badanych deklaruje, że nie wprowadza do swojego sposobu żywienia żadnych ograniczeń¹⁷.

Zatem można stwierdzić, że w jedzeniu dorosłych obywateli w naszym kraju przeważa mięso, natomiast na drugim planie sytuują się warzywa i owoce – co rozchodzi się z postulowanymi od lat zaleceniami żywieniowymi. Także fakt, że wyraźnie zauważalna jest tendencja do ignorowania ograniczeń w spożyciu żywności, sygnalizuje, że w nieodległej przyszłości lekarze i specjaliści w zakresie żywienia będą zmagać się ze skutkami tego zjawiska i w poradniach zdrowia przybywać będzie pacjentów poszukujących porad lekarskich na dolegliwości związane z utrzymywaniem wadliwych nawyków żywieniowych.

Najnowsze badania opinii publicznej dotyczące opinii dorosłych Polaków o bezpieczeństwie żywności i GMO (żywności genetycznie modyfikowanej) pokazują, że demonstrowają oni wysoki poziom nieufności wobec żywności opartej na osiągnięciach inżynierii genetycznej. 67% badanych deklaruje, że powinno się zakazać uprawy roślin modyfikowanych genetycznie (GMO)¹⁸. Jedynie 6% badanych jest przeciwnego zdania. Najczęściej obawy przed spożywaniem tego typu żywności wiążą się z przekonaniem, że przyczyni się to do pojawienia nowych chorób i alergii (76%) bądź spowoduje nasilenie się występowania różnorodnych chorób (71%), czy wywoła niekontrolowane zmiany genetyczne wśród ludzi (67%). Towarzyszy temu sceptyczne nastawienie do upraw roślin modyfikowanych genetycznie, a następnie produkowania żywności opartej na tych modyfikowanych procedurach i przekonanie, że po wstąpieniu naszego kraju do struktur Unii Europejskiej produkowana żywność stała się mniej bezpieczna dla

¹⁵ Tamże, s. 3.

¹⁶ Tamże, s. 4.

¹⁷ Tamże, s. 15.

¹⁸ Raport BS/2/2013, „Polacy o bezpieczeństwie żywności i GMO”, s. 4.

przeciętnego obywatela¹⁹ niż w przeszłości, gdy produkcja żywności realizowana była w sposób bardziej tradycyjny.

Postawy wobec palenia papierosów były przedmiotem badań opinii publicznej dwukrotnie: w roku 2010 i 2011. Wyniki badań ukazują, że co trzeci dorosły Polak deklaruje regularne palenie papierosów (30%)²⁰ i liczba ta w ostatnich latach jest stała. Tendencje spadkowe w odniesieniu do palenia papierosów w tym zakresie odnotowywane były w Polsce w latach 1997–2007, kiedy zarejestrowano spadek liczby palaczy o 7 punktów procentowych²¹. Najnowsze badania, z roku 2011, pokazują natomiast, że nieco zwiększył się odsetek palących kobiet w stosunku do zmniejszającej się liczby palących mężczyzn²² (w 2010 roku 40% mężczyzn i 21% kobiet deklarowało, że palą regularnie papierosy, a w 2011 roku – 35% mężczyzn i 25% kobiet).

Jeśli chodzi o stosunek badanych do narkotyków, to w świetle badań opinii publicznej przeprowadzonych w 2011 roku – po raz pierwszy na tak szeroką skalę – należy stwierdzić, że uzyskane wyniki badań sygnalizują zauważalną spiralę milczenia²³. Wyrazem tego są deklaracje badanych wskazujące, że tylko 7% spośród ogółu badanych (badania zrealizowano na próbie reprezentatywnej liczącej 1080 dorosłych osób) dotychczas używało narkotyków lub środków odurzających²⁴. Były to najczęściej osoby w wieku 18–34 lata. Inne badania CBOS dotyczące doświadczeń z narkotykami, które mieli młodzi ludzie poniżej 18. roku życia, wskazują, że doświadczenia z narkotykami w tej kategorii osób w zakresie narkotyków są znacznie częstsze niż osób dorosłych²⁵.

40% badanych na pytanie, czy wiedzą, na czym polega różnica między narkotykami twardymi i miękkimi, odpowiedziało twierdząco. Najczęściej byli to ludzie młodzi, mieszkający w dużych miastach (64%), z wyższym wykształceniem (73%), kadra kierownicza (78%) lub osoby pracujące na własny rachunek (73%)²⁶.

Można zatem wnioskować, że w świetle wyników dotychczasowych badań rozpoznanie problemu zostało dokonane w sposób niepełny, występująca bowiem blokada ujawniania tego typu doświadczeń, swoista spirala milczenia jest wysoce prawdopodobnym faktem społecznym²⁷ i pokazuje, że w dalsze empiryczne rozpoznanie tego zagadnienia powinno się włączyć inne narzędzia i techniki badawcze, które pozwoliłyby na bardziej rzetelne i wiarygodne rozpoznanie skali zjawiska.

¹⁹ Tamże, s. 12.

²⁰ Raport BS/36/2010, „Postawy wobec palenia papierosów”, s. 1.

²¹ Tamże, s. 1.

²² Raport BS/70/2011, „Postawy wobec palenia papierosów”, s. 1.

²³ Noelle-Neumann 2004, s. 77–85.

²⁴ Raport BS/89/2011, „Postawy wobec narkotyków”, s. 4.

²⁵ Zob. Raport „Młodzież 2010” (2011).

²⁶ Raport BS/89/2011, tamże, s. 6–7.

²⁷ Noelle-Neuman 2004, s. 82.

Samopoczucie psychiczne, wiedza o chorobach psychicznych, ich leczenie – kondycja psychiczna jako kategoria zdrowotna

Problematyka zaburzeń psychicznych, zwłaszcza często występującej depresji, kilkakrotnie została poddana badaniom opinii publicznej. Zrealizowano je m.in. w 2005, 2008 i 2012 roku, a więc dostarczają już pewnych informacji, które można poddać analizie o charakterze porównawczym. Co interesującego sygnalizują najnowsze badania na ten temat?²⁸ Wyniki badań wskazują na tendencję wzrostową zaburzeń psychicznych obserwowaną w naszym kraju w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Powołując się na dane z Rocznika Statystycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, należy nadmienić, że pomiędzy 1990 a 2009 rokiem w Polsce wzrósł o 123% wskaźnik zarejestrowanych – w toku prowadzonej diagnostyki ambulatoryjnej – zaburzeń psychicznych obywateli²⁹. To znaczący i niepokojący trend wzrostowy sygnalizujący narastające problemy dotyczące zdrowia psychicznego i chorób psychicznych obywateli. W odbiorze społecznym wskazuje się, że to głównie warunki życia obywateli wywierają szkodliwy wpływ na ich kondycję psychiczną i stają się przyczyną nasilającego się odsetka zachorowalności na tego rodzaju choroby oraz zwiększają ryzyko dalszego rozszerzania się zasięgu tych chorób. Jako najważniejsze czynniki wpływające na wzrost zachorowań na choroby psychiczne badani dorośli Polacy wskazują: (a) brak pracy, bezrobocie – 65% wskazań w 2012 roku, (b) nadużywanie alkoholu i narkotyków – 48%, (c) kryzys rodziny – 46%³⁰. Jako komplementarne przyczyny, które wzmacniają zachorowalność na choroby psychiczne, wskazywano: biedę – 30% wskazań, złe stosunki pomiędzy ludźmi – 20% oraz niepewność jutra – 19%³¹.

W odniesieniu do stanu deklarowanej kondycji psychicznej dorosłych obywateli w naszym kraju wskaźnik samopoczucia psychicznego sygnalizuje niepokojące rozkłady. 86% badanych deklaruje, że często doświadcza zdenerwowania i rozdrażnienia z różnych powodów. Blisko co trzeci (71%) opisuje swój stan psychiczny jako stan znużenia i zniechęcenia, co sygnalizuje negatywne uczucia i emocje jako te, które dominują w całościowym wymiarze kondycji psychicznej dorosłych Polaków. Blisko co trzeci (68%) deklaruje poczucie bezradności, jakie towarzyszy jego samopoczuciu, ze wskazaniem, że znużenie, zniechęcenie oraz towarzysząca im bezradność odczuwane są dość często³². Co drugi badany dorosły (54%) deklaruje, że odczuwa stan depresji³³. To wysoce niepokojące wskaźniki pokazujące, że – w świetle najnowszych wyników badań opinii pub-

²⁸ Raport BS/132/2012, „Zdrowie psychiczne Polaków”.

²⁹ Tamże, s. 1.

³⁰ Tamże, s. 4.

³¹ Tamże.

³² Tamże, s. 4–5.

³³ Tamże, s. 4.

licznej – wśród obywateli przeważa stan złego samopoczucia, wskazujący na fakt przewagi uczuć niekorzystnych dla zdrowia psychicznego obywateli³⁴.

Badania CBOS dotyczące zdrowia psychicznego Polaków miały także na celu ustalenie, czy obywatele obawiają się zagrożeń związanych z chorobami, w tym chorobami psychicznymi. Wyniki badań ujawniają interesujące rozkłady obaw społecznych. Najsilniejsze, deklarowane są w odniesieniu do chorób, na które współcześnie ludzie najczęściej chorują, tj. nowotwory (77% dorosłych obywateli się ich obawia), choroby serca (53% deklarowanych obaw). Natomiast blisko co trzeci (30%) wskazuje na choroby psychiczne jako nie te, których się obawia. Te trzy wyżej wymienione kategorie chorób określają poziom lęku i obaw dorosłych Polaków dotychczas w odniesieniu do zachorowalności na różnego rodzaju choroby. A zatem ujawnia się w świetle uzyskanych wyników pewna zależność, wskazująca na to, że niska kondycja psychiczna nie przekłada się w prosty sposób na stan lęku przed zachorowaniem na choroby psychiczne. Odczuwane jest ono w umiarkowanym stopniu³⁵.

Należy zwrócić uwagę na jeden szczególnie istotny sygnał z przeprowadzonych badań opinii publicznej: badani chcieliby wiedzieć więcej, uzyskiwać więcej informacji dotyczących chorób psychicznych. Taką potrzebę wyraża co trzeci badany³⁶. To bardzo ważny sygnał opinii publicznej wskazujący na to, że wiedza obywateli na temat chorób psychicznych jest niepełna i są oni skłonni ją poszerzać, ale należy do nich z tego rodzaju informacjami umiejętnie dotrzeć. A zatem problemy dotyczące komunikacji pomiędzy obywatelami a instytucjami odpowiedzialnymi za stan zdrowia obywateli wymagają bardziej umiejętnego rozwiązywania. Badania także sygnalizują, że systematycznie wzrasta odsetek osób, które w swoim życiu bezpośrednio zetknęły się z osobami chorymi psychicznie, a więc te problemy są im coraz bliższe³⁷. Jednakże wiedza obywateli na temat zagrożeń – w ich odczuciu – nie jest wystarczająca, co jest sygnałem ostrzegawczym płynącym z badań opinii publicznej, z którego wynika, że należy podjąć konkretne działania w tym zakresie i pogłębić poziom wiedzy obywateli o problemach zdrowia, w tym zdrowia psychicznego³⁸.

Udział w świadczeniach zdrowotnych oraz ubezpieczenia zdrowotne

Tematem wysoce aktualnym, ale także kontrowersyjnym społecznie, podjętym w 2012 roku w badaniach przeprowadzonych przez CBOS, był odbiór społeczny dotyczący korzystania przez obywateli ze świadczeń i ubezpieczeń społecznych. Temat ten jest w dalszym ciągu wysoce aktualny i ostatnie konflikty w grud-

³⁴ Tamże, s. 8.

³⁵ Tamże, s. 9.

³⁶ Tamże, s. 10, zob. tabele 8 i 9.

³⁷ Tamże, s. 17.

³⁸ Więcej na ten temat w raporcie pod red. Natalii Hipsz i Rafała Boguszewskiego (2012).

niu 2014 roku pomiędzy resortem zdrowia a lekarzami reprezentującymi różne podmioty instytucjonalne, świadczące usługi zdrowotne, pokazuje, że problem jest daleki od rozwiązania satysfakcjonującego obie strony konfliktu, zarówno ministerstwo, lekarzy, jak i pacjentów. Co sygnalizują najnowsze badania opinii publicznej w tym zakresie?

Raport CBOS z 2012 roku³⁹ podaje, że przeważająca większość obywateli (82%) korzysta ze świadczeń zdrowotnych w formie porad u lekarzy pierwszego kontaktu (71%), wizyt u lekarzy specjalistów (48%), dentyści lub protetyka (47%), a także wizyt w celu przeprowadzenia badań w laboratorium analitycznym lub pracowni diagnostycznej (45%)⁴⁰. Blisko połowa dorosłych Polaków korzysta z usług medycznych świadczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego refundowanego przez NFZ oraz usług w prywatnych gabinetach lekarskich. Tylko 6% ogółu badanych korzysta wyłącznie z usług medycznych opłacanych przez nich we własnym zakresie⁴¹. Są to najczęściej osoby w przedziale wiekowym 25–34 lata⁴², o wyższych niż przeciętne dochodach. W ciągu ostatnich dziesięciu lat zmniejszyła się liczba osób, które korzystają wyłącznie ze świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa (z 46% w 2002 do 36% w 2012 roku). Ponadto wyniki badań sygnalizują, że znacząco wzrosła liczba tych, którzy korzystają z dodatkowego, przez nich opłacanego ubezpieczenia bądź pokrywają świadczenia medyczne z własnych środków finansowych (z 27% w 2002 do 40% w 2012 roku)⁴³. Należy obserwować uważnie ten trend wzrostowy do momentu, kiedy ustabilizuje się i wówczas będzie możliwe orzekanie o tym, jaka jest struktura korzystania z usług medycznych finansowanych z budżetu państwa, jak i tych, które pacjenci będą skłonni pokrywać z własnych środków finansowych.

Tylko co piąty dorosły deklaruje, że posiada dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w formie abonamentu lub polisy, którą wykupuje sam (13% badanych) bądź jego pracodawca (6%)⁴⁴. Zatem można wnioskować, że – jak sygnalizują wyniki badań opinii publicznej – w sposób umiarkowany, a nie skokowy, dokonuje się w naszym kraju zmiana modelu korzystania z usług medycznych: z wyłącznie pokrywanych z budżetu (w stronę rozwiązań o charakterze mieszanym: oprócz korzystania z usług medycznych finansowanych przez państwo sięga się do dodatkowych usług wykupionych w formie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego).

Ponad połowa badanych jest przekonana o tym, że ich stan zdrowia jest dobry lub bardzo dobry. Sygnalizują to wyniki badań opinii publicznej z 2010 roku⁴⁵.

³⁹ Raport BS/35/2012, „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”.

⁴⁰ Tamże, s. 1.

⁴¹ Tamże, s. 2.

⁴² Tamże, s. 3.

⁴³ Tamże, s. 4.

⁴⁴ Tamże, s. 5.

⁴⁵ Raport BS/143/2010, „Stosowanie leków dostępnych bez recepty”, s. 1.

Swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły ocenia 15% badanych. Oceny te są dość stabilne z niewielką tendencją wzrostową w porównaniu z wynikami wcześniejszych badań z 2007 roku⁴⁶. Badania równocześnie pokazują, że znacząca większość dorosłych Polaków stosuje leki (90% badanych), z czego tylko bez recepty (19%), tylko na receptę (10%), dwie trzecie zaś (61%) badanych korzysta z leków dostępnych i na receptę, i bez recepty. Tylko 10% dorosłych Polaków nie korzysta z leków.

Pozostaje otwarty problem tego, jakie konsekwencje niesie dla obywateli samodzielne rozstrzyganie, z jakich leków korzystać, gdy można wiele z nich zakupić bez recepty i stosować je w sposób, który może być szkodliwy dla zdrowia. Powyższe wyniki badań skłaniają do refleksji, że w procesie komunikowania o zdrowiu ze wszech miar byłoby pożądane – zwłaszcza ze zdrowotnego punktu widzenia – systematyczne poszerzanie wiedzy obywateli o skutkach stosowania leków łatwo dostępnych, których działania mogą przynieść efekt bumerangowy, a więc mogą się okazać szkodliwe dla ludzi, którzy korzystać z nich będą w nieodpowiedni sposób.

Opinie dorosłych Polaków dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze ogólnokrajowym

Tematyka dotycząca funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju od kilku lat należy do wysoce kontrowersyjnych w odbiorze i ocenie społecznej. Dość systematycznie przedmiotem oglądu badawczego są reakcje obywateli na zmiany w systemie opieki zdrowotnej, jakie dokonywane są sukcesywnie, począwszy od lat 90. XX wieku (poczynając od pakietu czterech reform, w tym reformy systemu opieki zdrowotnej wprowadzonego w okresie rządów AWS i UW w latach 1997–2001, określanych powszechnie jako reformy Jerzego Buzka – ówczesnego premiera rządu).

Badania opinii publicznej prowadzone w ostatnich latach sygnalizują, że sukcesywnie upowszechnia się model korzystania z usług medycznych o charakterze mieszanym (o czym była mowa powyżej), czyli korzystania z usług medycznych w ramach ubezpieczenia NFZ i z usług medycznych pokrywanych przez pacjentów z własnych środków finansowych bądź przez ich pracodawców w ramach oferowanych swoim pracownikom pakietów zdrowotnych⁴⁷.

Kolejne badania zrealizowane w 2010 roku dotyczyły oceny aktualnego stanu polskiej służby zdrowia⁴⁸ i sygnalizowały, że obywatele nie są zbyt skłonni do opłacania dodatkowych usług medycznych w ramach publicznej służby zdrowia. Blisko dwie trzecie badanych (59%) było zdania, że jest to zły pomysł, by wprowadzać częściową odpłatność za usługi oferowane w ramach publicznej służby

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ Raport BS/55/2009, „Opinie o opiece zdrowotnej”.

⁴⁸ Raport BS/27/2010, „Gotowość do zmian w służbie zdrowia”.

zdrowia. Co szósty dorosły (16%) deklarował chęć ponoszenia takich dodatkowych kosztów finansowych. Wyniki badań wyraźnie sygnalizują, że pacjenci nie są skłonni, by ponosić niewielkie koszty za wizytę u lekarza lub zrealizowanie badań w laboratorium analitycznym⁴⁹. A zatem można wnioskować, że gotowość obywateli do finansowego wsparcia służby zdrowia finansowanej z budżetu państwa jest znikoma.

Badania zrealizowane dwa lata później, tj. w 2012 roku, dotyczące opinii o funkcjonowaniu systemu opieki⁵⁰ zdrowotnej w naszym kraju, sygnalizują, że kwestie dotyczące ochrony zdrowia nadal budzą żywe zainteresowanie i wywołują zróżnicowane reakcje ze strony społeczeństwa. W dalszym ciągu badani pozytywnie oceniają dostępność usług oferowanych przez lekarzy pierwszego kontaktu (73% opinii pozytywnych)⁵¹. Także korzystnie badani oceniają kompetencje lekarzy (68% ocen pozytywnych), ich stosunek do pacjenta (61%) oraz nowoczesność aparatury medycznej (55% ocen pozytywnych), a także fakt, że łatwo można zdobyć informacje o tym, gdzie można uzyskać poradę i pomoc (52%) oraz to, że leczenie jest bezpłatne (52% ocen pozytywnych). Natomiast krytycznie oceniają dostęp do lekarzy specjalistów (86% ocen krytycznych) oraz do badań diagnostycznych (71% ocen krytycznych).

Badania opinii publicznej sygnalizują, że źródeł niezadowolenia pacjentów z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej poszukiwać należy w słabościach procesu zarządzania w służbie zdrowia oraz niedostatecznych umiejętnościach w zakresie gospodarowania pieniędzmi publicznymi⁵², co oznacza, że reforma systemu opieki zdrowotnej nie jest obdarzana zaufaniem społecznym⁵³.

Opinie dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze regionalnym

Jak w wymiarze regionalnym przedstawiają się opinie dorosłych Polaków na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej? Czy występuje homogeniczność ocen w tym zakresie, bez względu na terytorialne zróżnicowanie, czy też mamy do czynienia z sytuacją wskazującą na znaczenie geografii odbioru społecznego z różnymi ocenami funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w różnych częściach Polski? Badania na ten temat zostały przeprowadzone przez CBOS w 2012 roku⁵⁴. Z wyników najnowszych badań opinii publicznej można wyprowadzić wniosek, że dominuje wysoki poziom niezadowolenia z funkcjonowania

⁴⁹ Tamże, s. 3.

⁵⁰ Raport BS/34/2012, „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”.

⁵¹ Tamże, s. 6.

⁵² Tamże, s. 19.

⁵³ Zob. także: Raport BS/94/2014, „Klauzula sumienia lekarza i farmaceuty” oraz Raport BS/165/2014, „Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy”.

⁵⁴ Raport BS/48/2012, „Regionalne zróżnicowanie opinii o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”.

opieki zdrowotnej w przeważającej części naszego kraju. Geografia niezadowolenia społecznego z funkcjonowania opieki zdrowotnej jest wręcz powszechna. Regionami, w których ujawnia się najwyższy poziom krytycyzmu i niezadowolenia społecznego, są województwa: łódzkie (85% mieszkańców deklaruje niezadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej) oraz lubuskie (85%), a także podlaskie (83%) i pomorskie (83%). Następnie – województwo lubelskie (81%) i mazowieckie (80%)⁵⁵. Najwyższy – w skali kraju – poziom zadowolenia z funkcjonowania opieki zdrowotnej występuje w województwie podkarpackim i wynosi 32% ocen pozytywnych, w dalszej kolejności w województwach: opolskim (30% ocen wskazujących na zadowolenie), świętokrzyskim (27%), zachodniopomorskim (27%) i małopolskim (26% ocen pozytywnych).

Jak można zinterpretować przyczyny niezadowolenia społecznego dotyczące funkcjonowania opieki zdrowotnej w wymienionych wyżej regionach, niewątpliwie bowiem mamy do czynienia ze zróżnicowaną geografią niezadowolenia i słabo obecną geografą zadowolenia społecznego z funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju? Niełatwo jest udzielić wiążącej odpowiedzi na postawione pytanie, bo trudno wskazać na jakieś wyraziste uwarunkowania, które można by uznać za źródła głęboko deklarowanego niezadowolenia społecznego w badanym zakresie.

Świadczy to o tym, że w celu uzyskania bardziej miarodajnej i wiarygodnej odpowiedzi dotyczącej wskazania źródeł niezadowolenia społecznego należy podjąć bardziej pogłębione badania empiryczne dotyczące odbioru społecznego funkcjonowania opieki zdrowotnej, z zastosowaniem analizy wieloczynnikowej. W innym przypadku wnioskowanie o źródłach niezadowolenia społecznego może prowadzić do nadinterpretacji. Potwierdza się założenie metodologiczne, że badania opinii publicznej są na ogół sygnałem wskazującym na występowanie znaczących problemów społecznych, a nie narzędziem, które umożliwia pełne zdiagnozowanie uchwyconego zjawiska/problemu. Badania tego rodzaju pełnią rolę pierwszego, wstępnego rozpoznania problemu, a nie całościowego oglądu zjawiska.

Opinie i ocena systemu opieki zdrowotnej finansowanego przez państwo oraz systemu opieki świadczonej przez podmioty prywatne

Pomimo ograniczonej chęci obywateli do dofinansowania z ich środków służby zdrowia gwarantowanej z budżetu państwa obserwujemy od kilku lat narastający wzrostowy trend (o czym była mowa na wcześniejszych etapach analizy) w zakresie dualnego modelu korzystania z usług medycznych. Chodzi tu o korzystanie ze świadczeń medycznych dostępnych w ramach NFZ oraz tych, które obywatele pokrywają z własnych środków finansowych. Badania przeprowadzone w 2012

⁵⁵ Tamże, s. 2, rysunek 1 i tabela 1.

roku⁵⁶ pozwalają na udzielenie częściowej odpowiedzi na pytanie, co powoduje, że tak się dzieje.

Badani wskazują (66% odpowiedzi), że korzystają z prywatnej opieki medycznej przede wszystkim dlatego, że oferowane są w niej krótsze terminy oczekiwania na wizytę lekarską. A zatem dostępność lekarza głównie skłania pacjenta do korzystania z tej formy usług medycznych. Komplementarnym argumentem (dla 22% badanych) jest to, że terminy wizyt są bardziej dogodne aniżeli w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Równorzędnym argumentem (22% wskazań) jest to, że w ramach wizyty w prywatnym gabinecie lekarskim można skorzystać z wiedzy i kompetencji wysokiej klasy specjalistów, a także odczuć jako pacjent większe zaangażowanie lekarza czy osoby realizującej badanie diagnostyczne w to, co robi i jak traktuje się pacjenta⁵⁷.

Wyniki badań opinii publicznej dotyczące tego, z jakiego powodu obywatele korzystają z prywatnych usług medycznych, po raz kolejny ujawniają słabości w systemie zarządzania w państwowej służbie zdrowia, co skłania pacjentów do korzystania z bardziej efektywnych form świadczenia usług medycznych dostępnych w ramach świadczonych prywatnych usług medycznych. A zatem stwierdzić należy, że w toku wielu zrealizowanych badań opinii publicznej dotyczących oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej ujawniły się wyraziste głosy i argumenty krytyczne wskazujące na nieudolność i nieefektywność funkcjonowania państwowej opieki zdrowotnej i pozytywne oceny dotyczące efektywności świadczonych odpłatnie usług medycznych.

Uwagi końcowe

Poddane analizie wyniki wybranych badań opinii publicznej zrealizowanych w latach 2009–2014 dotyczących odbioru funkcjonowania opieki zdrowotnej świadczonej w naszym kraju w dwojaki sposób: zarówno poprzez funkcjonowanie państwowej służby zdrowia, jak i w formie prywatnych usług medycznych, pokazują słabości w zakresie zarządzania państwowym sektorem służby zdrowia. Mimo że od dłuższego czasu wdrażane są różne rozwiązania mające na celu jej reformowanie, to uzyskany w badaniach opinii publicznej obraz odbioru tych działań jest niezadowolający i powinien stać się przedmiotem wnikliwszej uwagi decydentów w zakresie służby zdrowia, ponieważ bez społecznej akceptacji prowadzonych działań reformujących system opieki zdrowotnej nie osiągnie się satysfakcjonującego rezultatu, czyli legitymizacja reformy systemu opieki zdrowotnej będzie ciągle kontestowana, a nie akceptowana.

⁵⁶ Raport BS/47/2012, „Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej”.

⁵⁷ Tamże, s. 2 i 5, rysunek 2.

Bibliografia

- Kłoska G. (1979). Rola introspekcji w poznaniu historycznym. W: J. Litwin (red.). *Perspektywy historiozoficzne*, Warszawa: PAN IFiS.
- Krasnodebski Z. (1986). *Zrozumienie ludzkiego zachowania*. Warszawa: PIW.
- Mokrzycki E. (1971). *Założenia socjologii humanistycznej*. Warszawa: PWN.
- Noelle-Neumann E. (2004). *Spirala milczenia. Opinia publiczna – nasza skóra społeczna*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Nowak S. (1965). *Studia z metodologii nauk społecznych*. Warszawa: PWN.
- Ossowski S. (1967a). *Z zagadnień psychologii społecznej*. W: tenże. *Dzieła*, t. 3. Warszawa: PWN.
- Ossowski S. (1967b). *O osobliwościach nauk społecznych*. W: tenże. *Dzieła*, t. 4. Warszawa: PWN.
- Sears D.O., Huddy L., Jervis R. (red.) (2008). *Psychologia polityczna*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Woodworth R.S. (1958). *Dynamics of Behavior*. New York: Henry Holt and Company.

Raporty z badań CBOS tematycznie dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej w okresie wybranym do analizy:

2009 rok

- Raport BS/11/2009. „Młodzież a substancje psychoaktywne”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/55/2009. „Opinie o opiece zdrowotnej”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/130/2009. „Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało”. Warszawa: CBOS.

2010 rok

- Raport BS/27/2010. „Gotowość do zmian w służbie zdrowia”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/36/2010. „Postawy wobec palenia papierosów”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/143/2010. „Stosowanie leków dostępnych bez recepty”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/150/2010. „Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków”. Warszawa: CBOS.

2011 rok

- Raport BS /70/2011. „Postawy wobec palenia papierosów”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/89/2011. „Postawy wobec narkotyków”. Warszawa: CBOS.

2012 rok

- Raport BS/34/2012. „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/35/2012. „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/47/2012. „Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/48/2012. „Regionalne zróżnicowanie opinii o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/132/2012. „Zdrowie psychiczne Polaków”. Warszawa: CBOS.

2013 rok

- Raport BS/2/2013. „Polacy o bezpieczeństwie żywności i GMO”. Warszawa: CBOS.
- Raport BS/129/2013. „Aktywność fizyczna Polaków”. Warszawa: CBOS.

2014 rok

Raport BS 94/2014. „Klauzula sumienia lekarza i farmaceuty”. Warszawa: CBOS.

Raport BS 165/2014. „Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy”. Warszawa: CBOS.

Raporty analityczne CBOS

„Młodzież 2010” (2011). W: Opinie i Diagnozy, nr 19. Warszawa: CBOS.

„Zdrowie w wymiarze osobistym i instytucjonalnym. Samooceny, zachowania, opinie” – raport pod red. Natalii Hipsz i Rafała Bogusławskiego (2012). W: Opinie i Diagnozy, nr 24. Warszawa: CBOS.

STRESZCZENIE

Głównym celem analizy jest ukazanie aktualnego stanu świadomości społecznej oraz wiedzy społeczeństwa polskiego w ostatnich pięciu latach na temat wybranych zagadnień dotyczących zdrowia, takich jak: 1) postrzeganie własnego zdrowia i zachowania prozdrowotne, 2) samopoczucie psychiczne, wiedza o chorobach psychicznych i kondycja psychiczna jako kategoria zdrowotna, 3) udział obywateli w świadczeniach zdrowotnych i ubezpieczeniach zdrowotnych, 4) opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze krajowym, 5) opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w wymiarze regionalnym, 6) opinie i ocena systemu opieki zdrowotnej finansowanej przez państwo oraz podmioty prywatne.

Słowa kluczowe: zdrowie, system zdrowotny, polityka zdrowotna, badania opinii publicznej, odbiór społeczny